

EHIS-3

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA DZIECKA

Wywiad - dla osoby w wieku 0-14 lat

Numer próby	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	NRPROB
Symbol terytorialny	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	SYMBOL
Nr rejonu statystycznego i nr obwodu	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	REJON
Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	NRM
Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	NRG
Nr osoby	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NRO
Kto odpowiadał na pytania ankiety		KTO
Osoba z tego gospodarstwa – wpisać numer osoby	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
Osoba spoza gospodarstwa	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 2px solid black;" type="text" value="99"/>	
Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	DATA
Nr wizyty	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	NRWIZYT

Teraz chciałbym/chciałabym porozmawiać o ogólnym stanie zdrowia dziecka. Odpowiadając na pytania proszę nie brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych dziecka jak np. przeziębienie, grypa, złamanie czy wybicie palca.

STAN ZDROWIA

C1	Jak ogólnie ocenia Pan/Pani zdrowie swojego dziecka?	C1
	1. Bardzo dobrze	1
	2. Dobrze	2
	3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle	3
	4. Źle	4
	5. Bardzo źle	5
	9. Nie wie lub odmowa	9
C2	Czy dziecko ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające (lub przewidywane, że będą trwały) 6 miesięcy lub dłużej?	C2
	1. Tak	1
	2. Nie	2
	9. Nie wie lub odmowa	9
C3	Czy z powodu problemów zdrowotnych dziecko ma ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie dzieci zwykle wykonują?	C3
	1. Tak, poważnie ograniczoną	1
	2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie	2
	3. Nie, nie ma żadnych ograniczeń	3
	9. Nie wie lub odmowa	9
		→C4
		→C4
		→C5
		→C5
C4	Czy ta ograniczona zdolność trwa co najmniej 6 ostatnich miesięcy?	C4
	1. Tak	1
	2. Nie	2
	9. Nie wie lub odmowa	9
C5	Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy lub wojewódzki Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności?	C5
	1. Tak	1
	2. Nie	2
	9. Nie wie lub odmowa	9
C6	PYTANIE TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ Jak ogólnie ocenia Pan/Pani stan zębów i dziąseł dziecka?	C6
	1. Bardzo dobrze	1
	2. Dobrze	2
	3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle	3
	4. Źle	4
	5. Bardzo źle	5
	9. Nie wie lub odmowa	9

ANKIETER: KARTA C1

C7 Choroby i dolegliwości przewlekłe

- A. Astma (łącznie z astmą alergiczną)
- B. Alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergiczej)
- C. Choroby oka
- D. Choroby kręgosłupa
- E. Częste bóle głowy
- F. Inne choroby (*niewymienione powyżej*)

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko miało którąś z następujących chorób lub dolegliwości?	Jeśli TAK, to czy choroba lub dolegliwość była stwierdzona przez lekarza?
1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa	1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7A1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7A2
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7B1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7B2
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7C1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7C2
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7D1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7D2
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7E1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7E2
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7F1	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> C7F2

PYTANIA C8–C9 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C8 Czy u dziecka stwierdzono poważne?

- A. Kłopoty ze słuchem
- B. Kłopoty ze wzrokiem
- C. Trudności w mówieniu
- D. Trudności w poruszaniu się
- E. Inne trudności (np. z umyciem się, ubieraniem)

C9 Czy dziecko korzysta z następujących urządzeń pomocniczych?

- A. Okulary lub szkła kontaktowe
- B. Aparat słuchowy (także implant ślimakowy)
- C. Laska, kula, balkonik
- D. Wózek inwalidzki lub inny wózek
- E. Inne urządzenia pomocnicze

1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa	<input type="text"/>	C8A
	<input type="text"/>	C8B
	<input type="text"/>	C8C
	<input type="text"/>	C8D
	<input type="text"/>	C8E
1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa	<input type="text"/>	C9A
	<input type="text"/>	C9B
	<input type="text"/>	C9C
	<input type="text"/>	C9D
	<input type="text"/>	C9E

C10 Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Należy wziąć również pod uwagę urazy powstałe wskutek zatrucia lub ugryzienia czy ukąszenia przez zwierzęta lub owady; natomiast nie należy uwzględniać urazów spowodowanych przez samookaleczenia i umyślne działania innych osób (np. pobicie)

Rodzaje zdarzenia:

- A. Wypadek drogowy (komunikacyjny)
- B. Wypadek w domu lub w otoczeniu domu (np. ogród, garaż, ścieżka, podwórko)
- C. Wypadek w czasie wolnym
- D. Wypadek w żłobku, przedszkolu, w szkole

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko miało wypadek, którego skutkiem był uraz?	Jeśli TAK, to czy w wyniku tego wypadku dziecko potrzebowało opieki medycznej?																
1. Tak 2. Nie 9. Nie wie lub odmowa	1. Tak, zostało przyjęte do szpitala lub innej placówki zdrowia i pozostało na noc 2. Tak, zostało przyjęte do szpitala lub innej placówki zdrowia, ale nie pozostało na noc 3. Tak, od lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego 4. Nie było konieczności konsultacji lub interwencji 9. Nie wie lub odmowa																
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10A1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10B1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10C1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10D1</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	C10A1	<input type="checkbox"/>	C10B1	<input type="checkbox"/>	C10C1	<input type="checkbox"/>	C10D1	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10A2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10B2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10C2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C10D2</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	C10A2	<input type="checkbox"/>	C10B2	<input type="checkbox"/>	C10C2	<input type="checkbox"/>	C10D2
<input type="checkbox"/>	C10A1																
<input type="checkbox"/>	C10B1																
<input type="checkbox"/>	C10C1																
<input type="checkbox"/>	C10D1																
<input type="checkbox"/>	C10A2																
<input type="checkbox"/>	C10B2																
<input type="checkbox"/>	C10C2																
<input type="checkbox"/>	C10D2																

C11 Ile dziecko ma wzrostu (bez butów)? Proszę wpisać bez znaku po przecinku, np. 90, 154.

W centymetrach

C11				
999 – Nie wie lub odmowa				
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

C12 Ile dziecko waży (bez ubrania i butów)? Dzieciom w wieku 0-5 lat wpisać wagę w kilogramach z dokładnością do 1 miejsca po przecinku, np. 5,8 natomiast dzieciom w wieku 6 lat i więcej tylko w kilogramach, np. 6, 28.

W kilogramach

C12										
999- Nie wie lub odmowa										
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

C13 Czy dziecko było karmione piersią?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

C14 Ile miesięcy dziecko było karmione piersią? Proszę podać z dokładnością do pół miesiąca, np. 2,5, 6,0 lub 10,5.

Miesiące

Jeżeli dziecko jest nadal karmione piersią – wpisać 88.

C13								
<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td>→C14</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td rowspan="2">→C15</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	1		→C14	2		→C15	9	
1		→C14						
2		→C15						
9								
99 – Nie wie lub odmowa								
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
C14								

OPIEKA ZDROWOTNA

Kolejny blok pytań dotyczy czasu spędzonego w szpitalu. Uwzględnione są wszystkie rodzaje szpitali. Nie dotyczy pobytu dziecka związanego z jego narodzinami.

C15 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było w szpitalu jako pacjent całodobowy, czyli przez 1 noc lub dłużej?

1. Tak
 2. Nie
 9. Nie wie lub odmowa

C16 Ile nocy łącznie dziecko spędziło w szpitalu?

Nie wliczać pobyków niezakończonych

Liczba nocy

C17 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było przyjęte do szpitala jako pacjent dzienny, czyli bez konieczności pozostania na noc?

1. Tak
 2. Nie
 9. Nie wie lub odmowa

C18 Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było przyjęte do szpitala jako pacjent dzienny?

Liczba przyjęć

C15	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>→C16</td></tr> <tr><td>2</td><td rowspan="2"> </td><td rowspan="2">→C17</td></tr> <tr><td>9</td></tr> </table>	1	→C16	2		→C17	9
1	→C16						
2		→C17					
9							
C16	999 – Nie wie lub odmowa <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
C17	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>→C18</td></tr> <tr><td>2</td><td rowspan="2"> </td><td rowspan="2">→C19</td></tr> <tr><td>9</td></tr> </table>	1	→C18	2		→C19	9
1	→C18						
2		→C19					
9							
C18	999 – Nie wie lub odmowa <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						

PYTANIE C19 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C19 Kiedy ostatnio dziecko było u dentysty lub ortodonta?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu
 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
 3. 12 miesięcy temu lub dawniej
 4. Nigdy
 9. Nie wie lub odmowa

C19	<table border="1" style="width: 50px; height: 100px;"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	9
1						
2						
3						
4						
9						

Następny zestaw pytań dotyczy konsultacji z lekarzem pediatrą, rodzinnym lub lekarzem POZ. Proszę ująć zarówno wizyty w miejscu praktyki lekarza jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

C20 Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza pediatry, rodzinnego lub lekarza POZ?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu
 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
 3. 12 miesięcy temu lub dawniej
 4. Nigdy
 9. Nie wie lub odmowa

C21 Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza pediatry, rodzinnego lub lekarza POZ?

Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)

C20	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>→C21</td></tr> <tr><td>2</td><td rowspan="4"> </td><td rowspan="4">→C22</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>9</td></tr> </table>	1	→C21	2		→C22	3	4	9
1	→C21								
2		→C22							
3									
4									
9									
C21	99 – Nie wie lub odmowa <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								

Następne pytania dotyczą konsultacji z lekarzami specjalistami (np. alergolog, okulista, ortopeda). Obejmują tylko wizyty ambulatoryjne u lekarzy lub na oddziałach ratunkowych, ale nie obejmują kontaktów podczas pobytu w szpitalu jako pacjent całodobowy lub pacjent dzienny.

C22 Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza specjalisty?

- 1. Mniej niż 6 miesięcy temu
- 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
- 3. 12 miesięcy temu lub dawniej
- 4. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	3	4	9	→ C23 → C24	C22
1							
2							
3							
4							
9							
99 – Nie wie lub odmowa		C23					
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>							

C23 Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza specjalisty?

Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)

Chciałbym/chciałabym teraz zapytać o leki, które stosowało dziecko w ciągu ostatnich 2 tygodni.

C24 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki przepisane mu przez lekarza na receptę?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	9	→ C25 → C26 → C26	C24
1					
2					
9					

ANKIETER: KARTA C3

C25 Czy były to następujące leki?

- A. Antybiotyki
- B. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła
- C. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)
- D. Na astmę
- E. Na problemy żołądkowe
- F. Na bóle głowy lub migrenę
- G. Na inne bóle
- H. Hormonalne syntetyczne
- I. Uspokajające
- J. Inne leki przepisane przez lekarza

1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa													
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>													C25A C25B C25C C25D C25E C25F C25G C25H C25I C25J

C26 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki, które nie były przepisane na receptę przez lekarza?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	9	→ C27 → C28	C26					
1										
2										
9										
1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa										
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										C27A C27B C27C C27D C27E C27F C27G

C27 Czy były to następujące leki?

- A. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła
- B. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)
- C. Na problemy żołądkowe
- D. Na bóle głowy lub migrenę
- E. Na inne bóle
- F. Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające
- G. Inne leki lub suplementy

Teraz chcę spytać o szczepienia przeciwko grypie.

C28 Czy dziecko było kiedykolwiek szczepione przeciwko grypie?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

1	→C29
2	→C31
9	

C28

C29 Jeśli tak, to czy dziecko było szczepione w 2019 lub 2018 r.?

- 1. Tak
- 2. Nie, było szczepione w roku 2017 lub dawniej
- 9. Nie wie lub odmowa

1	→C30
2	→C31
9	

C29

C30 Proszę podać, w którym miesiącu dziecko było szczepione, odrębnie dla 2019 i 2018 r.?

Jeśli respondent nie pamięta wpisać 99

A. W 2019 r. było szczepione w miesiącu

--	--

C30A

B. W 2018 r. było szczepione w miesiącu

--	--

C30B

C31 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko doświadczyło opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 3. Nie potrzebowało opieki zdrowotnej
- 9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

C31

C32 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko doświadczyło opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 3. Nie potrzebowało opieki zdrowotnej
- 9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

C32

C33 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią, na następujący rodzaj opieki zdrowotnej dla dziecka pomimo potrzeby?

- A. Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza)
- B. Opieka dentystyczna
- C. Leki przepisane na receptę
- D. Opieka nad zdrowiem psychicznym (np. psychologa lub psychiatry)

1 – Tak
2 – Nie
3 – Nie potrzebowało tego rodzaju opieki zdrowotnej
9 – Nie wie lub odmowa

C33A

C33B

C33C

C33D

DETERMINANTY ZDROWIA

PYTANIA C34–C39 TYLKO DLA DZIECI OD 6 MIESIĄCA ŻYCIA

Następne pytania dotyczą konsumpcji owoców i warzyw w zwykłym tygodniu, **w sezonie jesiennym**.

ANKIETER: KARTA C4

C34 Jak często dziecko jada owoce, z wyjątkiem soków?

- 1. 1 raz dziennie lub częściej
- 2. 4–6 razy w tygodniu
- 3. 1–3 razy w tygodniu
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- 5. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

1	→C35
2	→C36
3	
4	
5	
9	

C34

ANKIETER: KARTA C5

C35 Ile porcji owoców dziecko jada codziennie?

Podać ile porcji

99 – Nie wie lub odmowa C35

C36 Jak często dziecko jada warzywa lub sałatki warzywne, z wyjątkiem ziemniaków i soków?

- 1. 1 raz dziennie lub częściej
- 2. 4–6 razy w tygodniu
- 3. 1–3 razy w tygodniu
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- 5. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

C36

1
2
3
4
5
9

→C37

→C38

ANKIETER: KARTA C6

C37 Ile porcji warzyw lub sałatek warzywnych dziecko jada codziennie?

Podać ile porcji

99 – Nie wie lub odmowa C37

C38 Jak często dziecko pije 100% soki owocowe lub warzywne? Pytanie obejmuje soki świeżo wyciskane i jednodniowe, bez dodatku cukru lub innych substancji słodzących i co najmniej niepełną szklankę – ok.150 ml

- 1. 1 raz dziennie lub częściej
- 2. 4-6 razy w tygodniu
- 3. 1-3 razy w tygodniu
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- 5. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

C38

1
2
3
4
5
9

C39 Jak często dziecko pije słodzone cukrem napoje gazowane i niegazowane typu coca-cola, oranżada, wody smakowe, napoje energetyczne itp. i co najmniej niepełną szklankę – ok. 150 ml? Nie należy ujmować napojów typu light, zero kalorii, dietetycznych i sportowych.

- 1. 1 raz dziennie lub częściej
- 2. 4-6 razy w tygodniu
- 3. 1-3 razy w tygodniu
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- 5. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

C39

1
2
3
4
5
9

Poniższe pytanie dotyczy narażenia na dym tytoniowy.

ANKIETER: KARTA C7

C40 Jak często dziecko jest narażone na dym tytoniowy w domu?

- 1. Codziennie, przez 1 godzinę lub dłużej
- 2. Codziennie, ale krócej niż 1 godzinę
- 3. Co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie
- 4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- 5. Nigdy lub prawie nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

C40

1
2
3
4
5
9

KOLEJNE PYTANIA C41-C44 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 6 LAT I WIĘCEJ.
JEŚLI DZIECKO JEST WIEKU 0-5 LAT TO KONIEC WYWIADU.

C41 Czy dziecko uczęszcza do szkoły (co najmniej do I klasy)?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

C42 Czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?

- 1. Tak
- 2. Nie, jest zwolnione z zajęć WF
- 9. Nie wie lub odmowa

C43 Czy poza lekcjami WF dziecko jest aktywne fizycznie, tj. uprawia jakiś sport, jeździ na rowerze, pływa, ćwiczy taniec, gimnastykuje się? Pytanie dotyczy aktywności fizycznej zarówno w formie zajęć zorganizowanych jak i własnej, samodzielnej rekreacji.

- 1. Tak, regularnie
- 2. Tak, dość często
- 3. Tak, ale rzadko
- 4. Nie, wcale
- 9. Nie wie lub odmowa

C44 Jeśli TAK, to ile godzin w zwykłym tygodniu?

Liczba godzin

	C41
1	→C42
2	→C43
9	→C43
	C42
1	
2	
9	
	C43
1	
2	→C44
3	
4	
9	→ CZAS
	99 – Nie wie lub odmowa C44

Czas trwania wywiadu indywidualnego w minutach

--	--

CZAS

UWAGA. Ważne uwagi o dziecku